



華巖の滝の手術

2013年08月13日

中村十念 (株)日本医療総合研究所
取締役社長

私は62歳の男子。糖尿病の既往があるが、血糖値はコントロールされており、胸痛や息切れなどの自覚症状はなかった。それどころか、15,000歩～20,000歩のウォーキングを日課としていた。

その私が、突然7月に心臓のバイパス手術を受けた。

手術は、冠動脈の6枝バイパスであった。バイパス血管として胃の血管も用いたため、胸部から上腹部にかけて開胸開腹しての手術となった。石灰化が強くびまん性狭窄があったため、1枝は冠動脈を4.5cm切開して内膜を剥離した上で、長い天井を作るようにバイパスするというロングオンレイパッチバイパスという手法がとられた。また1本の静脈グラフトを3本の冠動脈にバイパスするというシークウェンシャル吻合という手法も用いられた。一連の手技はオフポンプ(人工心肺を用いない)下で行われた。

本人は全身麻酔下で寝ていたのでよくわからないが、大手術であったようだ。

私のこの貴重な体験から、日本の医療を1. 医師連携、2. 病院システム、3. 医療費問題、の3つ観点で考えてみたいと思う。

1. 医師連携

今回の問題の端緒は、私の仕事先で結核患者が発生したことであった。自分が結核でないことを証明するために検査を受けることにしたが、A医師の勧めで、胸部の単純CTを受けることになった。

肺野には異常はなかったが、縦隔の方を見て呆然とした。普通は灰色に写る心臓部に、氷結した華巖の滝のように数本の白い筋がクッキリと写っていた。



A医師からは冠動脈に高度の石灰化が見られますと言われたが、私はそれまで心電図でも心エコーでも異常を指摘されたことがなく、前述したように無症状でもあったので、驚いた。

A医師から、その場で冠動脈の造影CTが撮れる医療機関のB医師を紹介され、その日のうちに撮影した。画像を見るなり、B医師からは、よく生きてましたねと言われた。詳しい説明を受けて、更に驚愕した。

3本ある冠動脈のうち、1本は100%、もう1本は99%、最後の1本は75%の狭窄であるという。また、その時の冠動脈の「顔」がすさまじく悪相で、数珠状に石灰化や狭窄がみられ、途切れ途切れにしか血液が流れていない状態であった。あのイメージは一生忘れないだろう。

その場で早速、B医師から循環器内科のC医師を紹介され、週末を挟んで受診、翌日入院となりその翌日カテーテル検査となった。A医師に紹介されてから5日目のことである。C医師のコメントは「3枝とも狭窄が強いためステントでは対応が難しく、バイパス手術の方が利益が大きい」とのことであった。

その判断を受け入れ、約2週間後に心臓血管外科のD医師の手術を受けた。

このように、疾病の発見から治療まで、極めてスムーズに進んだ。その要因は、A医師からD医師まで一人一人の医師が、自分の知識と情報を基に、分担された業務をスピード感と責任感を持って果たしてくれたからだと思う。

そういう意味では、日本の医療システムにおける医師の機能度は極めて高いということを実感した。

2. 病院システム

私が入院したのは「榊原記念病院」という民間の病院であった。約1ヶ月滞在したが、これという不満は感じなかった。

この病院を「家族・知人に勧めるか？」と聞かれれば「お勧め」と言い切れる。その中でも次の3つのことについては特筆できる。

(1)手術評価システム

術前にカテーテルの検査をするのは当然であるが、手術の翌日にもカテーテルの検査があった。目的は「手術の評価」ということであった。内膜剥離をしてロングオンレイパッチバイパスを行うという手法は、血栓を形成して再狭窄する危険が通常のバイパス術より高い。それが最もおこりやすいのは手術の翌日なのだそう。

医師という職種の人にとって、自分の腕を他人の評価にさらすということは、それなりに勇気のいることである。それを外科と内科の枠を超えて、システムとして淡々と実行されることには敬意を持った。内科からの手術の評価は、パーフェクトということであった。

(2)入院日数短縮システム

この病院のリハビリ室に行ってみると驚く。スポーツジム並みのリハビリ機器とそれ以上のスタッフが患者のリハビリに取り組んでいる。病棟のあちこちでもリハビリスタッフが患者の歩行支援等を行っている様子が見られる。

入院日数を1日でも短縮しようと、術後のなるべく早い段階でリハビリを開始している。リハビリの効果か、私も、術後12日目で退院となった。

(3)再入院率減少システム

心臓手術後1年以内の再入院率は、3割にも達するという。再入院率を減少させるために、この病院では次のような取り組みが行われていた。

再発予防セミナー

心臓病の管理には、禁煙や減塩等の生活習慣の改善が欠かせない。

この病院では、術後や処置後の患者を対象に定期的に「狭心症の再発防止」などのミニセミナーが開催されている。私も出席してみたが、明快で理解し易い内容であった。

電話対応システム

退院後の緊急事態や何か不安なことが生じたときに、医師に電話で直接相談できるシステムがある。退院患者のリスクに早い段階で対応できるので、再入院率の減少につながる方法だと思われた。

3. 医療費

この件に関わる保険医療費は、食事療養費を含んで、約342万円であった。

単純に3割負担だと約103万円の自己負担となる。ところが高額療養費制度が働き、実際の自己負担額は約20万円であった。実際の負担率は約5.8%である。

「赤ひげ医療」の本質は所得の再分配機能である。その見地からすれば、高額療養費制度は、まさに「赤ひげ医療」である。相対的低額医療については3割負担という結構高い負担率を強いられているが、高額医療については低負担率となっている。「赤ひげ医療」を維持するための3割負担ならば、やむを得ない処置かもしれないと思った。

医療改革が叫ばれて、10年以上になるが、改革という名の改悪だらけだったような気がする。今後「社会保障制度改革国民会議」の答申をもとに「改革」が進められようとしている。改革の方向性は自虐的な「日本の医療をぶっこわせ」ではなく、私が体験したような日本の医療システムの良いところは出来るだけ残すという保守的な態度で臨むべきであると考えている。

中村十念((株)日本医療総合研究所 取締役社長)